N° 124.

ESSAI

SUR

LA GASTRO-ENTÉRITE FOLLICULEUSE,

MALADIE CONNUE SOUS LES NOMS DE FIÈVRE MUQUEUSE, PUTRIDE-MALIGNE, ADYNAMIQUE, ATAXIQUE, ENTÉRO-MÉSENTÉRIQUE, DOTHINENTÉRITE, GASTRO-ENTÉRITE INTENSE, TYPHOÏDE, etc.;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 9 juillet 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR HENRI PHILIPPE, de Tours,

Département d'Indre-et-Loire;

Chirurgien sous-Aide-Major breveté à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Pour bien savoir les choses, il en faut savoir le détail; et comme il est infini, nos connaissances sont toujours superficielles et imparfaites.

Pensées de LAROCHEFOUCAULD CVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDEICNE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Suppléant.*
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur.*
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Président.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Examinateur.*

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance, *Examinateur.*	Ratheau, *Suppléant.*
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy, *Examinateur.*	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

Piété filiale.

A MESSIEURS

BRETONNEAU, CHEVREAU, COUTANCEAU, MENOU,

Docteurs en médecine; Chevaliers de la Légion-d'Honneur, etc., etc.

Benefactorum numquam immemor discipulus.

H. PHILIPPE

ESSAI

SUR

LA GASTRO-ENTÉRITE FOLLICULEUSE,

MALADIE CONNUE SOUS LES NOMS DE FIÈVRE MUQUEUSE, PUTRIDE-MALIGNE, ADYNAMIQUE; ATAXIQUE, ENTÉRO-MÉSENTÉRIQUE, DOTHINENTÉRITE, GASTRO-ENTÉRITE INTENSE, TYPHOÏDE, etc.

En choisissant pour sujet de thèse la maladie déterminée par l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, toujours compliquée de celle d'un appareil d'organes connus sous les noms de *glandes de* Peyer et *de* Brunner et *de glandes mésentériques*, je me suis proposé de rassembler, autant que possible, tout ce qui a été dit sur cette affection. Je n'ai pas eu la prétention de traiter une matière entièrement neuve, car je comptais bien rendre un hommage public de reconnaissance à M. *Bretonneau*, médecin en chef de l'Hospice général de Tours, en me servant d'une grande partie des idées émises dans ses excellentes leçons cliniques en 1822 et 1823, les coordonnant avec les principes que j'ai puisés dans la nouvelle doctrine médicale. Mais, je dois l'avouer, j'étais loin de m'attendre à me voir devancé par un aussi grand nombre d'écrits, entre autres par un excellent article inséré dans le Journal complémentaire du Dictionnaire des sciences médicales,

années 1827 et 1828, par M. le docteur *Scoutetten*, où ce médecin, d'un nom assez connu pour que je m'abstienne de tout éloge, donne des détails précieux sur l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, qu'il distingue en *villeuse* ou *érythémateuse* et en *folliculeuse*.

Considérations générales sur la définition et la synonymie.

Pour légitimer la dénomination de *gastro-entérite folliculeuse* que j'ai adoptée, il faudrait rendre évidente l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins, celle des glandes de *Peyer* et de *Brunner*, organes dont nous donnerons plus tard une description détaillée, et enfin celle des glandes du mésentère. Deux moyens s'offrent à nous : ce sont l'examen des symptômes pendant la vie, et celui des organes après la mort. Le premier, à la rigueur, pourrait suffire; le second semblerait devoir offrir plus de certitude, mais, dans bien des cas, les opinions sont encore divisées sur la nature des lésions et sur les inductions qu'on en doit tirer. Quoi qu'il en soit, je pense que la description des premiers symptômes de cette maladie ne laissera aucun doute sur l'existence de l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins, sinon simultanée et persistante, du moins primitive ou consécutive et passagère. Dans ces diverses hypothèses, les appareils folliculaire et glanduleux de l'intestin et du mesentère peuvent quelquefois être regardés comme points de départs; mais ce cas me semble devoir être fort rares. Quant aux preuves fournies par l'autopsie cadavérique sur l'existence de l'inflammation érythémateuse (je me réserve de parler dans un article séparé de celle des glandes mésentériques et des follicules), je dois à la vérité de dire que je n'ai pas été constamment satisfait. Je puis affirmer avoir rencontré des traces évidentes de cette inflammation dans le plus grand nombre de cas, quand les sujets avaient succombé dans les dix ou douze premiers jours de la maladie; et d'ailleurs où trouver une certitude absolue? Quel médecin, après s'être livré aux exa-

mens nécroscopiques, pourra affirmer avoir toujours vu les lésions prévues? Quel est même celui qui, animé par l'intérêt de la science, n'a jamais eu la douleur de ne découvrir aucune explication sensible de la mort dans les dépouilles soumises à ses recherches? Ne voit-on pas la rougeur érysipélateuse de la peau, celle des rougeoles et des scarlatines, etc., disparaître à l'instant du terme fatal? Ces vérités importantes m'ont engagé à placer une grande partie de ma confiance dans les symptômes reconnus de tout le monde pour être ceux de l'inflammation de l'estomac ou des intestins, et de ne voir quelquefois sur le cadavre qu'avec les yeux de la foi.

Cette maladie n'est point nouvelle : pour s'en convaincre, il suffit de lire ce qu'ont dit *Rœderer* et *Wagler* sur la fièvre muqueuse, *Stoll* sur la fièvre putride-maligne, *Pinel* sur les fièvres ataxique et adynamique, MM. *Petit* et *Serres* sur la fièvre entéro-mésentérique, M. *Broussais* sur la gastro-entérite intense, M. *Bretonneau* sur l'exanthème intestinal ou la dothinentérite, etc., etc. Tous ces noms, ainsi que ceux de *fièvre typhoïde*, *fièvre grave*, etc., employés de nos jours dans la plupart des hôpitaux, se rattachent exactement à la même maladie, et l'on sera d'accord, lorsqu'à la description des symptômes de la gastro-entérite folliculeuse on reconnaîtra, en tout ou en partie, les symptômes des maladies ci-dessus désignées. Si ceux-ci ne suffisaient pas, l'exposé de l'autopsie cadavérique des sujets qui ont succombé lèverait toute espèce de doute.

Mais alors pourquoi ajouter un nom à cette synonymie nombreuse? Pourquoi? Aujourd'hui que, grâce aux importans travaux de *Pinel*, et particulièrement à ceux de notre illustre professeur du Val-de-Grâce, M. *Broussais*, la science s'est enrichie d'une nomenclature de plus en plus précise et facile, la pratique, d'une simplicité et d'une assurance qui en font le mérite, tout doit encourager les efforts de ceux qui tendent à débarrasser la médecine de ce qu'elle a d'hypothétique, et cherchent à la rapprocher de ce degré de certitude qui, un jour, lui fera prendre rang parmi les sciences exactes.

Cette époque n'est pas bien éloignée de nous ; tout porte à le faire

espérer. La nouvelle impulsion et les encouragemens donnés à l'anatomie pathologique en sont pour moi les plus sûrs garans. De là n'est-il pas permis de conclure que les mots *fièvre muqueuse*, *putride*, *ataxique*, *adynamique*, etc., peuvent avantageusement être remplacés par une dénomination plus en rapport avec les causes organiques de ces maladies. Le nom de *fièvre entéro-mésentérique* se rapprocherait davantage de nos idées, si les auteurs en avaient déduit des conséquences plus logiques.

Gastro-entérite, pris d'une manière trop générale, laisse encore à désirer sous le rapport de l'importance que l'on doit attacher au prognostic. L'espèce de gastro-entérite que nous avons eu l'intention de traiter ici, ayant une marche et une durée pour ainsi dire constantes et régulières, nous avons cru devoir ne pas nous en tenir à la dénomination générale, qui nous semble susceptible de donner matière à contestation. Ainsi, bien que, comme on le verra par la suite, le traitement antiphlogistique soit celui qui est le mieux approprié à cette maladie, les médecins qui ont pratiqué seraient par trop étonnés, quelle que soit leur opinion médicale, de voir les résultats obtenus au Val-de-Grâce dans un compte rendu des maladies observées dans la clinique du médecin en chef, pendant le premier semestre de l'année scholaire 1826-1827, dans lequel on voit que sur soixante militaires atteints de gastro-entérites, un seul a succombé. Quelque heureux et incontestables que soient les résultats obtenus dans notre hôpital (et ce que j'avance je le tiens du docteur *Trousseau*, qui, il y a quelques années, recueillait des observations dans les différens hôpitaux de la capitale), il n'en est pas moins vrai que si l'on eut eu à traiter un aussi grand nombre de gastro-entérites folliculeuses, il s'en faut de beaucoup que la perte se fût bornée à un seul sujet. Enfin le nom de *dothinentérite* (de δοτίνη, *bouton, pustule, furoncle*, et de ἐντέρον, *intestin*), sans être d'une exactitude rigoureuse, suffit cependant pour attirer l'attention; et si je me rappelle le temps où j'étudiais sous le praticien distingué qui lui a imposé ce nom, et qui, depuis nombre d'années, placé à la tête d'un vaste établissement où l'on reçoit

journellement des gens de tout âge, de tout sexe et de professions variées, a eu souvent occasion de nous frapper d'une juste admiration par la précision de son diagnostic, que l'examen nécroscopique mettait hors de doute, je suis tenté de dire avec Galien : *Peu importent les noms, pourvu que nous soyons d'accord sur les choses.* Mais ce serait sortir de mon sujet, et abandonner une cause trop belle, celle de la localisation précise des maladies.

Avant d'entrer dans aucun détail de description il faudrait justifier la nouvelle dénomination que nous avons adoptée, *gastro-entérite folliculeuse* (qu'à la rigueur on devrait appeler *gastro-entérito-mésentérite-adéno-folliculeuse*, mais l'image deviendrait par trop compliquée) donne une idée exacte de l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins, accompagnée d'une spécialité, de l'inflammation des glandes de *Peyer* et de *Brunner*, et de celle des glandes mésentériques correspondantes. L'exposé des symptômes et de l'autopsie cadavérique nous dispenseront d'entrer ici dans aucun détail.

Anatomie normale.

Si une description anatomique étendue du canal digestif, telle qu'on la donne dans nos livres classiques, devait jeter quelque lumière indispensable, je n'aurais pas craint de grossir mon travail de quelques pages; mais je me bornerai à des généralités, entrant toutefois dans quelques détails sur les points que je croirai indispensable de faire ressortir.

Le canal alimentaire, chez l'homme, étendu de la bouche à l'anus, donne à remarquer, de la première à la seconde extrémité, la bouche, le pharynx, l'œsophage, l'estomac, et les intestins divisés en deux parties distinctes, petits et gros, par un anneau membrano-ligamenteux, nommé *valvule iléo-cœcale* ou de *Bauhens*, et sous-divisés, les premiers en duodénum, jéjunum, iléon; les seconds en cœcum, colon et rectum qui se termine à l'anus; ce canal, dis-je, est formé par

trois tuniques ou membranes : une extérieure séreuse, une moyenne musculeuse, et une interne muqueuse couverte de villosités depuis l'orifice cardiaque jusqu'à l'anus. Entre la tunique musculeuse et la tunique muqueuse de l'estomac ou des intestins, on rencontre, ouverts dans leur intérieur par de petits orifices, des follicules muqueux isolés (*glandes de* Brunner), ou agminés (*glandes de* Peyer.) Les premiers se rencontrent indifféremment dans l'estomac et les intestins; les seconds n'occupent jamais que les intestins grêles, sous forme de bandelettes plus ou moins allongées, ovalaires ou irrégulièrement rondes, dirigées suivant la longueur des intestins, et presque constamment situées dans le sens diamétralement opposé à l'insertion du mésentère. Ces plaques agminées sont d'autant plus rapprochées les unes des autres qu'on les étudie plus près de la valvule iléo-cœcale; rares dans le jéjunum, je n'en ai jamais rencontré dans le duodénum ni au-delà. Une légère saillie les fait facilement reconnaître, ou, pour mieux dire, la partie de l'intestin où elles siégent est moins translucide; on y remarque de petites saillies sous forme de bandelettes plus ou moins apparentes, suivant les animaux chez lesquels on les observe; elles sont comme chagrinées, le travail de la digestion semble y développer de l'éréthisme; souvent on ne les aperçoit que par transparence en interposant la membrane intestinale tendue entre l'œil et la lumière. Je les ai rarement rencontrées chez des sujets âgés de plus de trente ans; elles sont d'autant plus apparentes qu'on les étudie sur les jeunes gens. Il est, pour ainsi dire, hors de doute que chez les individus pourvus d'une peau fine et délicate, la texture du canal étant constamment en rapport avec cet état de la peau; les glandes de *Peyer* et de *Brunner* sont également beaucoup plus visibles.

Ce n'est pas sans étonnement, aujourd'hui que les connaissances anatomiques font à juste titre la base des études médicales, qu'on se voit forcé de recourir à la grande physiologie de *Haller* pour avoir une description détaillée et assez juste de ces organes; quelques fragmens tirés de ce bel ouvrage achèveront ce que j'avais à dire de l'anatomie.

« *In jejuno minùs frequentia agmina, augentur in ileo et deniquè finem ilei nonnumquàm totum tenent. Locum in intestino certum non habent, valvulas tamen conniventes amant evitare et sedem mesenterio noxam. Numerus plexum incertus est. Glandulæ ipsæ de cryptorum genere in cellulosâ tertiâ ponuntur*, etc..... »

Je n'ai pu imiter les expériences de ce grand physiologiste ; il paraît cependant certain qu'il est venu à bout d'y injecter de la cire ; voici ce qu'il dit : « *Tamen ut potissimùm vasis cerâ repletis in cavcam intestini prominent..... Rotundæ sunt et ovalæ, membranæque fiunt robustæ, vasculosæ. Cavæ eædem ex injectionis fide et de cavcæ suæ per porum proprium mucum effundunt, qui dum nuper excretus tenuior est..... In variis quadrupedibus persecutas similes reperi..... Manifestè cavæ sunt, inque cellulosâ tertiâ positæ.* » Il paraîtrait qu'on lui aurait contesté la possibilité de réussir dans cette expérience, car plus loin il ajoute : « *Et si in homine, cui tenerrimum intestinum est, hæc non perindè possumus imitari, tamen cum tota facies sit caninarum et felinarum glandularum simillima, et cum caninæ cryptæ pariter antè incisoris operam obscuræ sint, non credo dubium esse quin eadem in homine, inque bestiâ fabrica sit.* »

D'après ce que l'on a vu, il paraîtrait que ces glandes seraient destinées à fournir une liqueur particulière, dont le but ne pourrait être que de contribuer aux fonctions digestives ; il paraîtrait encore que par leur analogie avec le thymus, bien qu'il disparaisse longtemps avant, ce travail ne serait nécessaire que jusqu'à un certain âge ; et dans cette supposition, la maladie dont je m'occupe ne serait propre qu'à la jeunesse : l'observation clinique semble venir à l'appui de cette assertion. Quand donc ne devra-t-on plus douter?

Quoi qu'il en soit, je regarde ces organes, que je désignerai par les noms de *follicules isolés* ou *agminés*, *plaques folliculeuses*, *glandes de* Brunner et *de* Peyer, *plaques gauffrées*, comme susceptibles d'être troublés dans leurs fonctions, de s'enflammer peut-être primitivement, le plus souvent consécutivement. Quant aux glandes mésentériques, dont j'ai omis de parler à dessein, parce qu'elles sont connues de tout

le monde, ne seraient-elles pas liées par unité de fonction avec les follicules de la membrane muqueuse gastro-intestinale? Ce point d'anatomie physiologique ne serait pas sans intérêt. L'anatomie pathologique prouverait en faveur de ce que j'avance; car je n'ai pas ouvert de cadavre de sujet mort d'une gastro - entérite folliculeuse sans les trouver dans un état inflammatoire en rapport avec l'altération des plaques folliculeuses. Je ne me rappelle pas qu'il en ait été de même dans les autres nombreuses maladies des viscères abdominaux que j'ai étudiées dans les amphithéâtres. Cette proposition n'est cependant pas à l'abri d'objections; car chez quatre phthisiques que j'ai ouverts, et chez lesquels les ganglions du mésentère avaient acquis un volume considérable, la membrane muqueuse gastro-intestinale était indistinctement couverte d'ulcérations, et la portion des plaques folliculeuses qui n'était pas détruite avait tout l'aspect de l'état normal. Je n'ai jamais eu occasion de voir les désordres que l'on rencontre à la suite de la maladie connue sous le nom de *carreau*.

Causes.

Les causes les plus évidentes de cette maladie sont sans contredit toutes celles qui peuvent tendre à troubler les fonctions digestives. L'obscurité des autres mérite d'attirer toute l'attention sur cette variété de la gastro-entérite; les affections morales tristes y jouent un grand rôle. D'après certaines considérations d'anatomie normale que nous avons mentionnées, les causes prédisposantes peuvent être prises dans la jeunesse, les situations sociales diverses, et tout ce qui peut détériorer la constitution, comme la mauvaise nourriture, certaines émanations inconnues. C'est ainsi que dans la Touraine, récemment, on a pu observer cette maladie sous forme épidémique. Je ne sache pas que les saisons aient une influence marquée sur sa production. Ce que l'anatomie fait soupçonner pour les âges semble être confirmé d'une manière irrévocable par l'observation. C'est ainsi que si je consulte d'anciens faits que j'ai recueillis à l'hôpital de Tours en 1822

et 1823, si j'extrais de l'ouvrage de MM. *Petit* et *Serres* (Traité de la fièvre entéro-mésentérique, Paris, 1813) et de celui de M. *Louis* (Recherches anatomiques, etc. sur la gastro-entérite, Paris, 1829) le résultat de leurs nombreuses observations, j'y vois que cette maladie n'a jamais été observée que sur des sujets âgés de quatorze à trente ans. Si je ne parle pas de celle que j'ai pu recueillir depuis six ans dans les hôpitaux militaires de Toulouse, Bayonne, Metz et Paris, c'est parce qu'elles ne seraient pas suffisamment concluantes: les faits ne se sont jamais éloignés de ce que je viens d'avancer; mais la plus grande partie de notre armée n'étant formée que d'hommes de vingt à vingt-huit et trente-six ans, je n'en pouvais tirer aucune induction positive. Quant aux sexes, même désavantage, je suis encore obligé de consulter les écrivains. Il résulte du traité de MM. *Petit* et *Serres*, que sur quarante-quatre sujets atteints de fièvre entéro-mésentérique, trois seulement étaient du sexe féminin. M. *Louis*, sur cent trente-huit, l'a observée sur trente-deux femmes ou filles, ce qui représente un peu moins de la quatrième partie. Cependant, voici comment s'en expliquent MM. *Petit* et *Serres* : « Elle (fièvre entéro-mésentérique) a été trouvée chez plusieurs femmes, et elle ne « paraît peut-être moins fréquente dans ce sexe, que parce que le « nombre de celles qui quittent les provinces pour venir habiter la « capitale est moindre, et que la plupart d'entre elles y viennent pour « être à un titre quelconque commensales des maisons où elles ont « une nourriture suffisante. »

Tout ce que l'on pourrait dire des sexes et des âges, jusqu'à un certain point, ne pourrait-il pas tenir beaucoup au genre de vie des individus? Les femmes, en général timides et réservées sur tout, vivant d'une manière simple et régulière, ne sont-elles pas naturellement moins exposées aux inflammations des voies digestives? Admirable compensation des nombreuses maladies auxquelles elles sont en proie! Seront cependant exceptées de cette règle, celles que les circonstances appellent aux plaisirs du monde, et celles qui, occupant

l'autre extrémité de l'échelle sociale, éprouvent des privations sans nombre, et partagent souvent les travaux et les fatigues d'un sexe dont il ne leur manque, pour ainsi dire, que les habits. Chez les hommes, aux causes ci-dessus énoncées viennent plus souvent se joindre celles qui peuvent avoir une action directe sur les voies digestives. On est étonné, en lisant les observations de MM. *Petit*, *Serres* et *Louis*, de voir la quantité dominante d'ouvriers mâçons et autres; Or, il n'est assurément personne qui ne connaisse combien est peu hygiénique la manière de vivre de ces gens. Nourriture abondante et grossière pendant une partie de la semaine, travail pénible et forcé, puisque de là dépend leur existence; exposition aux intempéries atmosphériques, à quoi succèdent un et quelquefois deux jours de repos, pendant lesquels, par le travail de l'estomac, ils cherchent à oublier les peines passées, et à accumuler, par anticipation, de nouvelles forces pour les fatigues à venir.

Ce que j'ai dit des ouvriers est applicable aux autres classes chez lesquelles les travaux de l'esprit viennent peut-être se grouper à ces causes et accroître leur gravité. Dans nos hôpitaux, j'ai souvent été à même de remarquer que la plupart des militaires atteints de cette maladie étaient des jeunes gens de mœurs douces, peu adonnés à la vie des camps, et de formes le plus souvent efféminées. Entraînés loin de leurs pays, de leurs habitudes et des inclinations de leur enfance; livrés à de nouvelles occupations, contrains à supporter des fatigues inusitées, n'étant stimulés par aucun sentiment ambitieux, entièrement abandonnés à leur tristesse, ces hommes tombent malades sans aucune cause excitante appréciable. Mais aussi, pour le dire en passant, si l'on veut bien admettre dans ce cas l'influence des causes morales, j'ai fréquemment vu qu'en leur donnant une impulsion tout opposée, on en obtenait des effets fort satisfaisans. Ainsi, en entretenant ces malheureux de leur pays, en leur faisant entrevoir la possibilité d'y retourner bientôt, lorsque la médecine est arrivée à ce point où l'on est obligé de se borner à une simple expec-

tation, la vue du médecin qui a fait cette promesse est alors pour eux un stimulant salutaire; à chaque parole qu'il leur adresse, on voit leur figure s'épanouir.

Les causes les plus évidentes, avons-nous dit, sont celles qui portent une irritation directe sur l'appareil gastro-intestinal: bien que je les aie déjà en quelque sorte indiquées, j'y reviendrai, mais en peu de mots. Dans cette classe se groupent naturellement les excès de table, l'abus des liqueurs fermentées ou d'alimens âcres, salés, épicés et fumés; l'usage d'eaux stagnantes et de mauvaise nature; l'administration répétée ou intempestive des purgatifs, des vomitifs ou de tous les médicamens toniques et excitans; l'action des variations atmosphériques sur les fonctions cutanées, etc.

Cette maladie peut être épidémique. Je suis témoin qu'en 1821, elle s'est présentée sous cette forme à Tours; depuis lors rien de semblable ne s'est offert à mon observation. Il est facile d'en concevoir la possibilité mieux encore dans les villes de guerre. Voici comme s'expriment *Rœderer* et *Wagler*, au sujet de leur fièvre muqueuse. « Par « suite des malheurs de la guerre, les habitans de Gœttingen éprou- « vèrent des privations nombreuses dans le régime alimentaire. La « pomme de terre était presque la seule nourriture des malheureux, « et les soldats ne reçurent, pendant le siége, que des viandes mal « salées et à demi-putréfiées. La condition des citoyens riches n'était « pas beaucoup plus heureuse. Une température presque constam- « ment humide était venue s'ajouter à ces causes principales de ma- « ladie: une épidémie se développa. »

Cette maladie est-elle contagieuse? Que penser de son analogie avec la variole, comme M. *Petit* l'a avancé, ouvrage cité? « En réfléchissant « sur ce qui se passe, lorsque la maladie a une heureuse issue, j'ai « conjecturé que la cause quelconque qui agit sur l'intestin et le « mésentère n'a qu'une certaine durée d'activité, après laquelle elle « devient inerte; semblable en cela au virus variolique, à celui de la « rougeole, etc. »

Je crois pouvoir me refuser d'y croire. Pour la contagion, je n'en

ai jamais pu voir d'exemple; et cependant, depuis six ans, il ne s'est peut-être pas passé de jour sans que l'on ait eu à traiter de ces malades dans un des services des établissemens auxquels je n'ai cessé d'être attaché. Combien de fois, moi-même, ne me serais-je pas exposé à la contracter, lorsqu'en auscultant les viscères thoraciques de ces malades, il m'arrivait de respirer l'air infect qui s'exhalait de leurs poumons pendant la période adynamique, ou bien quand, en examinant les lésions cadavériques, je n'avais pu éviter de me blesser.

Pour la variole, les points de ressemblance restent moins frappans, la contagion n'étant pas admise; et d'ailleurs l'une a une marche constante et régulière, et arrive toujours à suppuration; l'autre aussi a sa marche, mais plus ou moins bien réglée, et peut se terminer par la résolution ou l'ulcération des follicules. Dans tous les cas, il serait à désirer que cette analogie fût bien constatée par ceux qui l'ont admise, et surtout qu'un nouveau préservatif vaccin ou tout autre suivît cette certitude.

Symptômes, marche, durée et terminaison.

Les premiers phénomènes, rarement observés par le médecin, toujours rapportés par les malades sont les suivans: inappétence, soif plus ou moins vive, chaleur et frissons alternatifs; quelquefois dévoiement, quelquefois, au contraire, constipation opiniâtre; chaleur insolite au front, douleurs de tête. Malgré cet état de choses, ils s'efforcent de prendre quelque nourriture, mais leur dégoût augmente; alors viennent des vomituritions et même des vomissemens, le plus souvent bilieux: ils recherchent avec avidité les boissons froides; ils ont un goût prononcé pour les acides; quelques-uns préfèrent l'eau pure; le plus petit nombre enfin boit peu. Ils s'alitent, et ce n'est que du troisième au cinquième ou sixième jour de l'invasion qu'ils réclament les soins du médecin, ou sollicitent leur admission dans les hôpitaux. Alors les symptômes suivans peuvent être constatés. Les malades accusent généralement un grand accablement, des lassitudes dans les membres et des douleurs de tête. L'air

de la physionomie a un aspect tout particulier, que le médecin exercé saisit facilement ; le regard est fixe et sans vivacité, l'œil terne ; le pourtour de la bouche et des ailes du nez, décoloré, contraste avec la lividité des pommettes ; tout cet ensemble donne l'expression de l'ivresse. Dans une période plus avancée, les narines sont sèches, comme pulvérulentes.

Signes fournis par la peau et l'appareil circulatoire.

La peau est généralement chaude et remarquable par son âpreté et sa sécheresse ; elle se couvre quelquefois, au voisinage des clavicules surtout, d'une éruption connue sous le nom de *sudamina*. Le pouls n'offre d'abord aucun caractère bien tranché ; il est plus souvent pectoral au début, ce qui fait que souvent, quand d'autres symptômes de pneumonie se rencontrent, il est difficile de bien différencier ces deux maladies ; il devient ensuite abdominal. Vers le huitième jour environ, il prend un caractère qui variera peu ; il présente des ondulations suivies et presque constantes. Quand on s'est borné à faire la médecine expectante, il n'est pas rare d'observer des hémorrhagies nasales : il se fait aussi des hémorrhagies par les selles.

Par l'appareil digestif. La langue est constamment rouge au pourtour et à sa pointe, muqueuse, blanchâtre dans le reste de son étendue, humide dans la plupart des cas, sèche et lisse, et comme couverte d'une pellicule luisante ; lorsque la phlegmasie est intense, elle devient tremblottante et inhabile à se retirer, quand on a invité le malade à la sortir ; alors elle laisse exsuder des viscosités blondes ou ensanglantées, qui, en se desséchant, forment les fuliginosités de l'adynamie ; les gencives s'excorient et fournissent des viscosités qui ne tardent pas à encroûter les dents de la même matière. Enfin la maladie se terminant, la bouche s'humecte, les fuliginosités s'enlèvent par plaques, et les dents restent d'une blancheur remarquable.

L'estomac accuse sa souffrance par l'inappétence, la soif plus ou

moins prononcée, les vomissemens, les douleurs à l'épigastre et la chaleur de la peau de cette région. Il est très-rare que ces signes manquent pendant les premiers jours. D'après ce que dit à cet égard M. *Louis*, qui semble avoir observé avec une grande exactitude, les douleurs épigastriques eurent lieu sur quinze des vingt-huit sujets chez lesquels il a pu prendre des informations précises sur l'état de l'épigastre; treize sur vingt-quatre avaient éprouvé des nausées; douze sur vingt-trois avaient eu des vomissemens.

Les intestins, rarement sensibles à la pression des parois abdominales, quelquefois cependant quand on l'exerce sur la région iliaque droite, produisent d'autres symptômes qui leur sont propres, tels sont : la diarrhée, à laquelle succède une constipation opiniâtre ; la diarrhée reparaît ensuite vers le quatorzième ou quinzième jour de l'invasion de la maladie; les matières sont ordinairement d'une couleur jaune d'ocre remarquable ; quelquefois à cette époque, ou plus tard, jamais avant, du sang pur, pour ainsi dire, sort par la voie des selles, et dans ce cas la mort ne tarde pas à survenir par suite de l'épuisement. Il peut arriver dans le cours de la maladie que le ventre se météorise : lorsque ce phénomène est léger, ce n'est qu'un simple développement de quelques gaz dans la cavité intestinale; l'inflammation diminuant, ils ne tardent pas à disparaître. Si au contraire l'abdomen se ballonne fortement et devient sensible à la pression, on a tout lieu de craindre qu'une perforation n'ait établi une communication de la cavité des intestins dans le péritoine. Cette complication, lorsqu'elle a lieu, arrive du trentième au trente-cinquième jour.

Par l'appareil urinaire. La sécrétion des urines, lorsque la maladie n'a pu être enrayée dans la première période, et qu'elle est arrivée à l'état adynamique, est troublée d'une manière sensible; les urines deviennent rares, et dès-lors elles communiquent à la sueur une odeur ammoniacale remarquable, que l'on caractérise souvent par le nom *d'odeur de souris.* Lorsque du vingtième au trentième jour l'urine vient à s'échapper involontairement, je l'ai quelquefois vue colorer

en jaune les doigts du malade. M. le docteur *Leuret*, de Nancy, a également noté ce caractère dans un mémoire sur la dothinentérite, archives médicales, 1828. « L'urine rendue le vingt-troisième jour « contient une matière colorante jaune, analogue à celle qu'on trouve « dans ce liquide chez les individus atteints d'ictère. » Ce médecin qui dit s'être livré à quelques recherches chimiques sur les différences que peut présenter l'urine dans les maladies, soutient que chaque fois que ce liquide a fait effervescence avec les acides, il a vu, sans exception, la mort survenir chez ceux qui les avaient rendues. Il en a fait l'application à la maladie qui nous occupe.

Par l'appareil respiratoire. Presque toujours au début, et dans ce cas la complication est moins grave, chez le tiers environ des malades atteints de la gastro-entérite folliculeuse, j'ai rencontré de fortes bronchites, des pneumonies, accusées par la toux, la dypsnée, une expectoration visqueuse, couleur de rouille et même marbrée de quelques stries de sang, et constatées par le stéthoscope. Le signe fourni par les crachats ne doit être que secondaire, parce qu'il pourrait arriver, si l'on examinait superficiellement, qu'on s'en laissât imposer par ceux qui peuvent être dénaturés par les viscosités sécrétées dans la bouche et par le sang des gencives. Souvent le diagnostic est embarrassant quand on a à prononcer entre une gastro-pneumonie ou une gastro-entérite folliculeuse avec complication de pneumonie. Dans tous les cas, l'erreur ne sera jamais grave, le traitement étant absolument le même. Dans la période d'adynamie, les narines ayant le caractère que j'ai déjà indiqué, la respiration devient bruyante et sonore, comme si l'air passait à travers un morceau de bois creux, etc.

Par l'appareil cérébral. La participation que prend le système nerveux dans cette maladie, est en général caractérisée au début par l'inertie des facultés intellectuelles. Les réponses sont lentes, mais justes; l'ouïe devient dure; à ces symptômes succèdent, suivant la

gravité de la maladie, le coma, un délire ordinairement plus ou moins tranquille; soubresauts dans les tendons, carphologie. Il arrive rarement que ces signes ne soient pas funestes. Ils sont presque toujours accompagnés de la prostration et de l'inertie musculaire, pendant lesquelles se déclarent les escharres du sacrum et des trochanters, déterminées par la pression continuelle de ces parties saillantes.

Malgré les soins les plus rationnels, nous avons pu observer tous ces symptômes ou en grande partie chez le même individu. Disons-le aussi, cette circonstance est beaucoup plus rare que lorsque le médecin a mis en usage une médication tonique excitante, antiadynamique, antiputride, ou même lorsqu'il s'est borné à l'expectation.

Que dire de la marche et de la durée de cette maladie? Rien de rigoureusement positif. Le plus ordinairement, les huit premiers jours sont marqués par l'exacerbation des symptômes; rarement on vient à bout de s'y opposer complètement; souvent quelques jours suffisent pour les calmer, mais la fièvre persiste, le *facies* est le même, et c'est en cela que l'on peut affirmer que l'on a à traiter une gastro-entérite folliculeuse. Du douzième au dix-huitième jour, les selles deviennent plus nombreuses et plus liquides, et sont presque constamment de la couleur que nous avons indiquée. C'est aussi à cette époque que paraissent les hémorrhagies intestinales quand elles doivent avoir lieu; une seule fois j'ai pu l'observer. C'est à cet instant que les ulcérations folliculeuses ont acquis leur maximum de gravité, si rien ne tend à les irriter davantage. Du dix-huitième au trentième jour, les symptômes fébriles vont en décroissant, ou l'adynamie devient de plus en plus manifeste. Quand cette complication n'a pas lieu, ou alors c'est indéterminé du trentième au quarantième jour, la convalescence se déclare. Cette époque de la maladie est celle dans laquelle le médecin doit redoubler de zèle. Si, comme on le verra par la suite, il a été obligé de se borner à l'expectation pendant quelque temps, ici il devra agir avec la plus grande circonspection pour ne nourrir son malade qu'à propos. Pendant la convalescence, on remarque la desqua-

mation de l'épiderme quand la peau s'est couverte de sudamina ; les parois abdominales sont souvent le siége de phlegmons assez volumineux. Les oreilles fournissent par fois des écoulemens purulens abondans ; les escharres du sacrum ou des trochanters se détachent ; enfin deux fois j'ai pu observer le gonflement des parotides pendant la convalescence, et deux fois cet accident a été suivi de la mort.

Prognostic.

Porter un jugement d'avance sur la durée ou la terminaison heureuse ou funeste de cette maladie, ne me semble pas chose facile. Le prognostic doit suivre la marche des symptômes ; il est aussi incertain que ceux-ci sont variables. Cependant, règle générale, si la gastro-entérite folliculeuse n'est accompagnée d'aucune complication fâcheuse, ce qui s'annonce par la facilité avec laquelle les premiers symptômes cèdent au traitement, on peut affirmer, si l'on évite les inconséquences, que la maladie se terminera heureusement et promptement, et que la convalescence sera d'autant moins longue qu'elle aura été moins de temps à paraître. Si les symptômes adynamiques ou ataxo-adynamiques surviennent, il est prudent de ne se prononcer d'aucune manière. Cependant les symptômes adynamiques restent-ils stationnaires? Le médecin ne doit pas encore désespérer de son malade, lors même que quelques soubresauts légers dans les tendons existeraient. S'ils persistent pendant quelques jours, si la carphologie vient s'y ajouter, si le malade exhale l'odeur de souris, le danger est imminent. Nous avons vu l'importance qu'attache M. *Leuret* à l'effervescence des urines par les acides. Les parotides ou les pneumonies vers la fin de la maladie sont de mauvaises complications.

Il n'en est pas de même des phlegmons des tégumens de l'abdomen ou des autres parties du corps, des suppurations par les oreilles, de la desquamation facile de l'épiderme et de l'absence de la sécheresse de la peau ; je les ai toujours vus suivis de guérison. Le ballonnement subit de l'abdomen survenant vers le trentième jour est plus

ou moins rapidement mortel, etc. Lorsque le malade réclame *avec instance* des alimens, c'est en général un bon signe.

Traitement.

La nature et le siége d'une maladie étant bien connus, le choix du traitement devient par cela même simple et facile. Mais comme une conduite purement théorique, si elle n'était éclairée par un esprit d'observation sévère, pourrait faire tomber dans de graves erreurs; de même un empirisme aveugle deviendrait préjudiciable, si l'on se refusait de consulter la raison. Le traitement antiphlogistique sera celui que j'adopterai, comme étant le plus rationnel, et j'y associerai, suivant le besoin, en me rendant compte de tout, les différens moyens qui ont été mis en usage dans cette maladie. Tels seront les excitans cutanés révulsifs, l'expectation, les médicamens toniques et excitans. Je passerai sous silence les vomitifs, qui sont et doivent être généralement abandonnés dans ce cas. Quels avantages ou quels désavantages peuvent offrir ces diverses méthodes? Telles sont les questions que doit se faire le praticien consciencieux qui ne se laisse entraîner par aucun mouvement passionné. Pourquoi les antiphlogistiques? Tout le monde connaît leur efficacité dans les maladies inflammatoires bien déterminées. C'est ainsi que personne ne se refuse à l'emploi même réitéré de la saignée dans les inflammations parenchymateuses, celles des poumons, par exemple. Il est également peu de médecins qui, depuis les services rendus à l'art de guérir par M. *Broussais*, ne reconnaissent l'efficacité des saignées locales dans les inflammations plus ou moins étendues des membranes. La maladie que j'ai décrite offrant, pour la plus grande partie des médecins dont je partage l'opinion, des traces non équivoques de phlegmasie des voies digestives, le choix thérapeutique n'est pas douteux, les antiphlogistiques doivent occuper le premier rang; et si l'application n'en est pas toujours aussi heureuse qu'on le désirerait, cela ne tient sans doute qu'à la nature de l'inflammation de l'appareil folliculaire glanduleux.

On sait avec quelle opiniâtreté ces organes résistent à toute espèce de traitement, lors même qu'ils sont situés superficiellement; quelle en est la cause? Leur vie est moins active, dit-on. Quelle médication efficace leur oppose-t-on?

Les révulsifs appliqués sur la peau, et particulièrement les cataplasmes sinapisés, promenés successivement sur les différentes régions de l'abdomen, ont été beaucoup vantés. Leur but est à peu près le même que dans le cas précédent; on tend à détourner l'afflux du sang des parties enflammées, en les transportant sur un organe sain d'ailleurs, et beaucoup moins important par ses sympathies. Mais ce moyen, qui dans la plus grande partie des cas ne doit pas être suffisant, aurait encore l'inconvénient de ne pouvoir être renouvelé assez souvent et assez long-temps pour s'opposer au retour du sang, sans s'exposer à désorganiser la partie sur laquelle l'application s'en fait. Cependant je le tiens d'un praticien digne de foi, il lui a procuré de nombreux succès. Les vésicatoires n'ont généralement été employés que vers la fin de la maladie, et ne sont guère utiles que pour combattre les symptômes cérébraux.

Le médecin qui se bornera à une simple expectation, moins confiant dans les ressources de son art, trop timide peut-être parce qu'il aura été mal secondé, trompé, comme cela arrive souvent dans la pratique civile et même dans nos hôpitaux; ce médecin, dis-je, abandonnera les soins de la guérison à la nature. S'il est avare de sang et de douleur, il se bornera à éloigner toute excitation dangereuse. Le mal fera ses progrès, tandis qu'il observera de sang-froid toutes les complications; quelques malades guériront, le plus grand nombre lui échappera. Dans le premier cas, il s'attribuera tout le mérite du retour à la santé, et se gardera bien, dans le second, d'accuser son inaction. Quoi qu'il en soit, cette méthode, sagement combinée avec les premières, est sans contredit fort avantageuse. M. *Bretonneau* lui réunit avec succès l'usage des purgatifs légers (sels neutres).

Entraînés par les apparences, effrayés par l'idée de voir périr leurs

malades faute d'excitation vitale, les praticiens pour lesquels les symptômes adynamiques ne sont pas le produit d'une vive irritation viscérale communiquée au centre nerveux par la voie des sympathies, recourent naturellement aux moyens pharmaceutiques qu'ils croient les plus capables d'éloigner cet état alarmant. Les toniques de toute nature sont mis en usage. L'adynamie ne disparaît pas, elle augmente même, peu importe : ils persistent, et cependant tous n'en meurent pas. Donc les toniques sont convenables!

Il me reste à parler des purgatifs. Ces médicamens ont une action directe plus ou moins énergique, suivant leur nature, sur la membrane muqueuse gastro-intestinale, dont ils provoquent dans l'état normal une irritation suivie de sécrétion muqueuse plus ou moins abondante; de là, selles fréquentes, purgation. Dans la maladie qui nous occupe, cette même membrane est déjà enflammée. Ne jouera-t-on pas, comme on dit, à quitte ou double, si le purgatif est violent? Et dans cette supposition il faudrait admettre la possibilité de pouvoir obtenir la résolution de l'engorgement folliculaire ; n'aura-t-on pas le plus souvent la chance d'ajouter une excitation nouvelle à une inflammation déjà manifeste, si l'on n'a recours qu'à un simple minoratif? Mais écoutons une théorie nouvelle, celle de M. *Hewett*, au sujet de leur emploi dans la gastro-entérite folliculeuse.

« La maladie semble d'abord formée par une matière épaisse d'une « couleur foncée. La substance sécrétée est long-temps contenue dans « le follicule, par suite de l'oblitération de son orifice, il en résulte « un gonflement de l'organe, etc. » D'après cette théorie, M. *Hewett* continue plus loin : « Nous trouvons de puissans argumens pour em- « ployer, dès le début, une purgation active à l'aide du calomel com- « biné à d'autres purgatifs. L'efficacité de ce moyen, pour prévenir les « ulcérations, semble prouvée par cette considération, que la cause « de l'ulcération folliculeuse consiste en ce que l'orifice de la glande « muqueuse est obstrué par une matière épaissie sécrétée par elle, « et la glande elle-même distendue par cette matière. Il est clair qu'en « employant alors les purgatifs, on désobstruera les orifices de ces

« glandes, et qu'on préviendra leur distension, et par suite leur ul-
« cération. »

Cette théorie est séduisante, et il est certain que si elle était sanctionnée par l'observation, elle ne manquerait pas de se faire un grand nombre de partisans. Chacune de ces méthodes s'étayant sur des succès, dans quel embarras ne doit pas être placé le jeune médecin, s'il n'a été à même d'en voir l'application au lit du malade. J'ai eu le bonheur de suivre en partie tous ces traitemens, et je puis affirmer que les antiphlogistiques, appliqués dès le début, suivis ensuite d'une sage expectoration, sont les moyens qui réussissent le mieux. Telle est, dans les hôpitaux d'instruction de Metz et de Paris, la pratique que j'ai pu suivre de près depuis plusieurs années, et que j'ai adoptée avec impartialité, prévenu que j'étais contre la nouvelle doctrine médicale. Hommages soient rendus aux savans professeurs de ces deux écoles, et particulièrement à M. *Coutanceau*, dont les sages conseils n'ont pas peu contribués à asseoir mon opinion en médecine!

Par antiphlogistiques, j'entends seulement parler de la diète, des émissions sanguines générales ou locales (je me suis prononcé sur le choix), des boissons rafraîchissantes, des topiques émolliens. Dans la gastro-entérite folliculeuse compliquée, comme cela arrive souvent d'une pneumonie ou d'une bronchite intense, on traitera par les saignées générales, comme si l'on n'avait affaire qu'à une pneumonie simple. La veine sera largement ouverte, et quatorze ou seize onces de sang devront être retirées, plus ou moins, suivant l'âge et les différentes autres circonstances. Si elle est simple, les saignées locales seront faites avec les sangsues, que l'on devra étendre sur la région épigastrique, en nombre proportionné à l'âge, aux forces et à la gravité des symptômes, de quinze à quarante. Assez ordinairement, le lendemain, une seconde application, en nombre toujours proportionné aux circonstances émises, est encore nécessaire. Il est rare qu'alors les symptômes gastriques ne soient pas calmés; cependant il peut arriver qu'ils persistent; il ne faut pas se laisser dominer par la

crainte, il faut avoir recours au même moyen. Je n'ai jamais vu d'accidens survenir à la suite de ces évacuations sanguines répétées, qui peuvent quelquefois avoir un ou deux jours d'interruption : le médecin instruit peut seul juger de l'opportunité. J'ai souvent entendu déverser le blâme sur cette manière d'agir, parce que, dit-on, c'était le vrai moyen d'amener promptement les symptômes adynamiques. Dire qu'on les a toujours évités serait tomber dans un excès contraire; au moins, suis-je convaincu qu'on ne doit pas les leur attribuer, et que chaque fois qu'on les a observés cela n'était dû qu'à la gravité du mal, contre lequel l'art est malheureusement impuissant. Je suis également persuadé que le petit nombre d'adynamies observées dans nos hôpitaux ne doit être attribué qu'à l'efficacité du traitement; tout, au moins, me porte à le croire. Il est, au sujet des émissions sanguines, une remarque importante à faire : j'ai souvent observé dans les salles de M. *Broussais* que, malgré la persistance des symptômes fébriles, il devenait excessivement avare de ce moyen, chaque fois qu'il remarquait que les ecchymoses qui accompagnent les morsures des sangsues prenaient une teinte violette, car alors l'adynamie ne tardait pas à paraître.

Je n'ai jamais vu, dans cette maladie, de symptômes cérébraux assez violens ou de nature à être améliorés par les applications de sangsues, soit aux tempes, aux apophyses mastoïdes ou sur le trajet des jugulaires; moyens qui se sont généralement montrés efficaces dans les inflammations ordinaires du cerveau ou de ses membranes.

Ce peu de précision dans les premières indications du traitement ne tient qu'au peu de stabilité des symptômes eux-mêmes; mais pour quiconque aura pu étudier la médecine au lit du malade, cette difficulté disparaîtra. Règle générale : il est rare, mais non impossible, que, passé le sixième ou septième jour de traitement, on ait à continuer une médication antiphlogistique active. Les boissons émollientes ou acidules, prescrites dès le début, seront continuées. Malgré la

laxité du ventre, quelques demi-lavemens émolliens, pour débarrasser l'intestin des selles excitantes, seront avantageusement administrés; des fomentations émollientes sur le ventre en maintiendront la souplesse, et lui conserveront une douce chaleur; les cataplasmes sont trop pesans, en général ils sont mal faits.

Lorsque, pendant l'adynamie, l'affaissement comateux persiste, on peut employer les rubéfians sur les membres inférieurs, sur le trajet de la colonne vertébrale, entre les deux omoplates. Bien que je n'en aie jamais remarqué d'effets bien prononcés, je ne pense pas qu'on doive rejeter ces moyens, lorsqu'ils sont bien dirigés.

L'époque précise de la convalescence est difficile à déterminer. La sécheresse de la bouche et ses fuliginosités ne doivent pas toujours arrêter pour l'époque de l'alimentation. La faiblesse du pouls, dans ce cas, doit toujours autoriser quelques tâtonnemens, lors même que le malade ne témoigne aucun désir. Les tisanes gommeuses ou une décoction d'orge ou de gruau, coupées avec du lait, sont souvent données avec avantage. Quelquefois ces faibles moyens déterminent un mouvement fébrile, où le malade les refuse : il n'est pas encore temps de nourrir. J'ai souvent observé les bons effets du sulfate de quinine, à la dose de gr. ij à iv dans ℥ vj d'une potion gommeuse, à prendre par cuillerées dans les vingt-quatre heures. Les vins généreux sucrés et étendus d'eau, sous forme de potion, seraient, dans ce cas, donnés avec le même avantage. Si ces premier essais sont bien supportés, il faut augmenter, prescrire les bouillons et les pâtes féculentes, sans cependant recourir à une nourriture plus substantielle. L'époque de la convalescence est celle où le médecin doit redoubler d'attention; son mode de traitement doit être tout hygiénique, sauf les cas où il aurait à traiter les escharres, les abcès, etc. La moindre négligence pourrait quelquefois devenir préjudiciable.

Peut-on déterminer d'une manière positive le temps que durera la convalescence? Je ne le pense pas. Il est rare que nos malades quittent les hôpitaux avant quinze jours ou un mois, à dater du jour de

leur entrée en convalescence. La plupart pourraient à la rigueur reprendre leur service ; mais ils aiment assez à jouir de la réalité du moyen moral mis en usage pendant tout le cours de la maladie, depuis la cessation du traitement actif : trois mois passés dans leurs familles suffisent pour guérir leur nostalgie commençante et presque inséparable ; après quoi ils rejoignent leurs drapeaux, enchantés de la paternité avec laquelle on les traite dans l'occasion. Toutes les fois que l'application que je viens de faire au jeune soldat pourra être employée dans la pratique civile, suivant les circonstances, qui ne doivent jamais échapper au médecin, je suis persuadé qu'elle sera toujours suivie du même succès.

Anatomie pathologique.

Comme je l'ai déjà fait remarquer, quelque bien dirigé que soit le traitement, la mort n'en vient pas moins trop souvent nous offrir l'occasion de consulter les lésions organiques. Ce que je dirai ici du travail inflammatoire des appareils folliculaire et glanduleux des intestins et du mésentère a déjà été traité avec un soin tout particulier par le docteur *Trousseau* (Archives générales, 1826), qui, comme moi, a joui des avantages des instructives leçons de M. *Bretonneau.*

Les principaux désordres que l'on doit rencontrer sont dans l'estomac, les intestins et le mésentère. Quelle que soit l'époque de la maladie, on en rencontre toujours des traces dans l'appareil folliculaire, dans les glandes de *Peyer*, particulièrement au voisinage de la valvule iléo-cœcale ; viennent ensuite les glandes mésentériques, la membrane muqueuse des intestins et de l'estomac.

M. *Louis*, que j'ai déjà cité, dit avoir rencontré plusieurs fois des ulcérations jusque dans l'estomac. Je n'en ai jamais vu qu'une seule fois dans les nombreuses ouvertures que j'ai faites. Le sujet avait succombé au dix-septième jour de la maladie. Jamais désordre aussi considérable ne s'était offert à ma vue. Les ulcérations siégeaient toutes

dans les glandes de *Peyer* et dans celles de *Brunner*, ce qui est le moins ordinaire ; les différens autres points de la membrane muqueuse étaient d'un rouge écarlate prononcé dans une très-grande étendue. Cette pièce fut présentée l'année dernière aux leçons de M. le professeur *Cruveilher*, qui, dès cette époque, nous encourageait à lui porter les faits curieux d'anatomie pathologique qui seraient à notre disposition. M. *Louis* dit encore avoir vu des ulcérations dans l'œsophage et le pharynx. Depuis que mon attention aété portée sur ce point, je n'ai pas eu occasion d'en rencontrer.

J'ai quelquefois trouvé les poumons hépatisés dans l'un de leurs points : quelquefois ce n'était qu'un engouement qu'on aurait pu prendre pour un effet simplement cadavérique, si le côté opposé ne se fut trouvé parfaitement crépitant, bien que livide à sa partie déclive ; il est rare, dans ces cas, que les bronches ne se présentent pas sous une couleur plus ou moins rouge.

Le plus ordinairement le cerveau ne m'a rien présenté de particulier. Quelquefois les ventricules contenaient plusieurs onces de sérosité. Les autres viscères n'ayant jamais fixé mon attention, je vais revenir sur les lésions principales, en commençant par celles qui ne manquent jamais.

Les glandes de *Brunner*, disséminées indistinctement dans la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins, sont peu apparentes à l'état normal ; les glandes de *Peyer*, au contraire, comme je l'ai déjà indiqué, agminées sous forme de bandelettes ovalaires ou rondes, sont apparentes à l'état normal par le changement de couleur qu'elles déterminent sur l'intestin, qui dans cet endroit est plus opaque. Les glandes du mésentère égalent tout au plus de petites lentilles.

Vers le cinquième jour de l'invasion, les plaques les plus voisines de la valvule iléo-cœcale se détachent en relief du reste de la membrane muqueuse, d'où leur est venu le nom de *plaques gauffrées ;* dans cet état on croit apercevoir les cryptes muqueux ; ces plaques

sont souvent d'une pâleur remarquable. Les ganglions mésentériques sont d'une teinte rosée, leur volume égale celui d'un œuf de moineau.

Du septième au neuvième jour, la tuméfaction est complète, les plaques ne présentent aucune trace d'érosion. Les ganglions mésentériques sont à peu près de la grosseur d'un œuf de pigeon, quelquefois plus volumineux; leur couleur tire sur le rouge violet.

Lorsque la maladie doit se terminer par la résolution du dixième au quatorzième jour, la tuméfaction des glandes de *Peyer* et *Brunner* va en diminuant, les plaques ne font plus qu'une légère saillie, leur surface est comme réticulée, d'une couleur un peu plus animée que celle du reste de la membrane, ou se confondant quelquefois avec elle. Plus tard, ce ne sont plus que de légères rougeurs, qu'on pourrait prendre pour des cicatrices; ou enfin ce sont de petits points noirâtres qui ont beaucoup de ressemblance avec la barbe récemment coupée.

Il s'en faut de beaucoup que la résolution des ganglions mésentériques soit aussi prompte quand ils ont acquis leur plus grand volume. Ils parcourent tous les degrés de l'inflammation, et arrivent très-rarement à suppuration. Leur couleur, qui varie du rose au rouge lie de vin, établit une distinction bien tranchée entre ce qui arrive chez certains phthisiques. Un autre caractère propre à les faire distinguer, c'est qu'ils ne sont jamais agglomérés en aussi grand nombre; dans tous les cas ils correspondent toujours à des parties intestinales malades.

Si, au contraire, la phlegmasie persiste, du quatorzième au seizième jour, les cryptes s'ulcèrent en plus ou moins grand nombre. Lorsque le désordre est considérable, si l'on observe l'intestin près de la valvule, il est peu de cryptes qui n'y participent. Si l'on s'éloigne de cette partie, un ou plusieurs points de la plaque s'ulcèrent seulement; il n'est pas rare alors de voir l'ulcération déborder et s'étendre sur la tunique villeuse. Quelques fragmens du tissu malade, colorés en jaune par la

bile, qui à cette époque inonde l'intestin, ne tardent pas à se détacher pour laisser ensuite la tunique musculeuse à nu ; alors on voit un véritable ulcère à bords coupés à pic et renversés, du fond duquel les vaisseaux mésarraïques fournissent des hémorragies mortelles, quand par hasard ils viennent à se rompre.

Vers le vingtième jour, la tuméfaction des plaques est en partie dissipée ; les ulcères ont singulièrement changé d'aspect, ils sont superficiels ; déjà on remarque des traces de cicatrisation.

Au trentième jour, les cicatrices, sans être complètes, se consolident ; c'est cependant vers cette époque, et même plus tard, qu'ont lieu les perforations de l'intestin ; je ne les ai jamais observées ailleurs qu'au centre des ulcérations folliculaires, et à six ou sept pouces de la valvule.

Il est à peine utile de dire que cet accident est nécessairement mortel, par l'épanchement des matières stercorales dans la cavité peritonéale. J'ai vu deux de ces cas présentant des adhérences avec des anses intestinales voisines, qui, si elles avaient pu devenir complètes, auraient assurément donné une chance de succès ; chez l'un de ces sujets, les ulcérations de l'intestin étaient presque entièrement cicatrisées

La guérison de ces ulcères peut se faire attendre jusqu'au quarantième jour, et même au-delà. Ces connaissances sont indispensables au médecin ; elles doivent le guider dans la conduite qu'il tiendra pendant la convalescence.

Le reste de la membrane muqueuse offre presque tonjours des traces de rougeur, d'épaississement et de ramollissement, qu'on se refusera difficilement à ne pas admettre comme anormales. Pour celle de l'estomac particulièrement, je n'y ai que quelquefois observé une rougeur bien caractérisée, telle qu'elle puisse être reçue par tout le monde pour une inflammation franche ; je l'ai le plus souvent trouvée sans rougeur, quelquefois de couleur ardoisée, souvent ramollie dans

une grande étendue ; mais aussi rarement ai-je eu occasion d'ouvrir des cadavres avant le seizième jour. Quelle que soit l'idée que l'on veuille attacher aux couleurs variables et aux ramollissemens, etc., des membranes muqueuses, je crois que, d'après l'étude des symptômes de cette maladie, ce qui se passe dans l'erysipèle, etc., après la mort, et ce qui demeure constamment vérifié par les autopsies cadavériques ; je pense, dis-je, que le nom de *gastro-entérite folliculeuse* est le plus convenable de ceux qui lui aient été assignés.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

In acutis affectionibus rarò, et per initia, purgantibus utendum, idque diligenti priùs adhibitâ cautione faciendum. *Sect.* 1, *aph.* 24.

II.

Attenuata longo tempore corpora lentè reficere oportet; quæ verò brevi, celeriter. *Sect.* 2, *aph.* 7.

III.

Morborum acutorum non omnino tutæ sunt prædictiones, neque mortis neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

IV.

Incipientibus morbis, si quid movendum videatur, move ; vigentibus verò, quiescere melius est. *Ibid.*, *aph.* 29.

V.

In omni morbo, mente valere, et benè se habere ad eaque offeruntur, bonum est; contrarium verò, malum. *Ibid.*, *aph.* 33.